# CONSIDÉRATIONS

N°. 67.

## SUR LES PERTES DE SANG

OU

## HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT LE COURS DE LA GROSSESSE;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le* 10 *avril* 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR E.-P.-P. DAMIEN SENTEIN, de Saint-Girons,

Département de l'Ariége;

Ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Prosecteur de la salle d'accouchemens de M. *Maygrier*, etc.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER. |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN fils. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION. |
| Pharmacologie | GUILBERT. |
| Hygiène | ANDRAL. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN, *Suppléant*.<br>ROUX. |
| Pathologie médicale | FIZEAU, *Examinateur*.<br>FOUQUIER, *Examinateur*. |
| Opérations et appareils | RICHERAND. |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DESORMEAUX, *Président*. |
| Clinique médicale | CAYOL.<br>CHOMEL.<br>LANDRÉ-BEAUVAIS.<br>RÉCAMIER, *Examinateur*. |
| Clinique chirurgicale | BOUGON.<br>BOYER.<br>DUBOIS.<br>DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DENEUX. |

## *Professeurs honoraires.*

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Baudelocque. | Dubled. |
| Bayle. | Dubois. |
| Berard. | Gerdy. |
| Blandin. | Gibert, *Examinateur*. |
| Bouillaud, *Suppléant*. | Hatin. |
| Bouvier. | Lisfranc. |
| Briquet. | Martin Solon. |
| Brongniart. | Piorry, *Examinateur*. |
| Cloquet. | Rochoux. |
| Cottereau. | Sandras. |
| Dance. | Trousseau. |
| Devergie. | Velpeau. |

---

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI,

Docteur en médecine de la Faculté de Montpellier ; ancien Chirurgien de première classe des hôpitaux militaires des armées ; ancien Chirurgien interne de l'hôpital général de Toulouse ; Membre correspondant de la Société royale de médecine, de chirurgie et pharmacie de Toulouse, etc.

# A MA TENDRE MÈRE.

# A MA CHÈRE SŒUR.

E.-P.-P.-D. SENTEIN.

# CONSIDÉRATIONS

# SUR LES PERTES DE SANG

OU

# HÉMORRHAGIES UTÉRINES

## QUI SURVIENNENT PENDANT LE COURS DE LA GROSSESSE.

Les accoucheurs rapportent généralement la cause des pertes utérines qui surviennent durant le cours de la grossesse au décollement total ou partiel du placenta. Dans cette hypothèse, on n'a considéré que les effets apparens, sans en approfondir le mécanisme primitif, sans en rechercher la cause première, sans remonter, en un mot, à la véritable source des phénomènes.

Chez quelques femmes, il est vrai, l'hémorrhagie apparaît soudain, sans symptômes précurseurs appréciables; mais ordinairement elle s'annonce par un ensemble de phénomènes, le même pour la plupart, et auquel les auteurs ont donné le nom d'*effort hémorrhagique* (*molimen hemorrhagicum*).

Une ou plusieurs heures, un ou plusieurs jours même avant l'apparition du sang, la femme éprouve un état général de malaise; une

chaleur importune, quelquefois des frissons alternatifs dans tout le corps, des douleurs vagues et obscures, ou seulement un sentiment de tension ou de chatouillement, se concentrant peu à peu vers la région du bassin, indiquent l'afflux du sang vers la matrice et les parties voisines; tandis que le refroidissement, la pâleur, la diminution de volume des parties éloignées y décèlent un phénomène opposé.

Dans les cas où l'hémorrahie est déterminée par des violences extérieures, il s'écoule entre l'action de la cause et l'apparition du sang un espace de temps pendant lequel on voit se développer les symptômes que nous venons d'énumérer, et qui indiquent une congestion sanguine vers l'utérus.

Mais ce n'est pas en déterminant le décollement du placenta que ces causes agissent; il faudrait, pour croire cet effet possible, qu'il existât un vide entre l'œuf et la matrice; mais l'amnios, exactement rempli par son liquide et par le fœtus, tapisse lui-même le chorion, et celui-ci est partout en contact immédiat avec toute la cavité de l'organe qui le renferme, d'où il suit que l'utérus et son contenu sont intimement unis dans l'état naturel, et que les violences extérieures, incapables de les désunir, se bornent à les ébranler simultanément.

En admettant même ce décollement préalable comme nécessaire, on serait loin d'avoir expliqué d'une manière satisfaisante le mécanisme des hémorrhagies utérines; et la diversité même des opinions touchant le mode d'union du placenta avec la matrice nous fait craindre, si l'on persiste dans les mêmes voies, qu'on ne soit encore long-temps à nous en donner une explication rigoureuse. Tous les jours ce décollement a lieu pendant l'accouchement le plus naturel; souvent même on a vu le délivre précéder le fœtus dans sa sortie sans qu'une hémorrhagie se soit déclarée. Au reste, avant d'admettre des conséquences, on doit s'enquérir si les principes d'où on les déduit sont certains, invariables. L'hémorrhagie qui résulterait du décollement du placenta se fait, suivant les uns, *Puzos*, *Baudelocque*,

*Levret*, par les orifices de vaisseaux qui resteraient béans à la suite de cette séparation, vaisseaux que les uns ont décrit sous le nom de *sinus utérins*, que d'autres appellent *sinus veineux*, et auxquels *Hunter* refuse une dénomination particulière, puisque ces sinus ne sont autre chose que les veines utérines. N'est-il pas, dès-lors, évident que le sang qui les parcourt, suivant une marche concentrique et non excentrique, c'est-à-dire se dirigeant vers le cœur au lieu de se porter vers la matrice, ces vaisseaux ne peuvent être le siége de l'hémorrhagie, en admettant même qu'ils vinssent s'ouvrir à l'intérieur de la matrice.

Suivant d'autres, cette séparation amènerait la rupture de vaisseaux appelés *utéro-placentaires*, en raison des fonctions qu'on leur prête, vaisseaux dont M. *Dubois* paraît avoir rigoureusement prouvé l'existence par une pièce anatomique présentée par ce professeur célèbre à l'Académie de chirurgie. Mais, admettant l'exception et négligeant la règle, doit-on regarder comme devant toujours exister une disposition anormale dont on ne rencontre que de rares exemples? M. *Velpeau*, dont l'autorité en pareille matière ne saurait être révoquée, assure qu'il a plusieurs fois, mais en vain, cherché ces vaisseaux sur un grand nombre de sujets, et l'état des parties l'a convaincu que s'ils existent quelquefois, ils manquent plus souvent encore.

Nous ajouterons, puisqu'il nous est permis de nous citer, qu'ayant eu à Montpellier deux occasions de rechercher cette disposition anatomique, nous n'avons, non plus que ceux qui, avec nous, assistaient à ces recherches, rien aperçu qui ressemble à des vaisseaux. Nous regrettons d'autant plus en ce moment de n'avoir pas pris le détail des accidens qui ont amené la mort des deux femmes, que l'une et l'autre, étant prises d'hémorrhagie utérine, ont péri, l'une par suite de l'emploi intempestif du tampon, et l'autre parce qu'on avait négligé d'employer ce moyen. Mais ces considérations devant trouver leur place plus bas, revenons aux vaisseaux *utéro-placentaires*. Nous nous rappelons qu'ayant prié le chef de clinique de la Maternité de

détacher avec précaution le placenta de la surface interne de l'utérus, pour voir les moyens de communication de ces deux organes, nous eûmes le regret de ne rien trouver de ce que nous cherchions. Ce résultat inattendu, attribué par les uns au peu de soin apporté dans ces recherches, fut regardé par les autres comme une suite inévitable de la cause de la mort. Cette femme ayant perdu tout son sang, le vaisseaux avaient dû revenir sur eux-mêmes; il fallait n'être pas bien difficile pour se payer de pareilles raisons, car les vaisseaux, pour être vides, n'en eussent pas moins été appréciables.

Une nouvelle occasion s'étant offerte, celui d'entre nous que nous croyions le plus capable employa tous ses moyens pour ne pas mériter les reproches que le premier avait encourus, et ne fut pas plus heureux. La cause de la mort ne put être ici invoquée, car la matrice fut trouvée gorgée de sang; mais comme à tout il faut une raison, on ne fut pas en peine d'en trouver une; et cette fois, entrant dans le vaste domaine de l'anatomie pathologique, chacun accusa les changemens nombreux et profonds que la mort fait subir à nos organes, et, détracteur imposant de l'anatomie pathologique, chacun s'en alla, répétant : Fiez-vous à l'anatomie pathologique !

Le mode d'union de l'utérus avec le placenta a de tous les temps occupé les anatomistes et les physiologistes; malgré les travaux des anciens et de plusieurs modernes, la question est encore indécise. Ce qu'il est bon de noter cependant, c'est que, si cette communication se faisait par des vaisseaux d'une grande dimension, ceux-ci n'auraient pas échappé à des expérimentateurs nombreux et distingués. Admettrons-nous, avec M. *Velpeau*, qu'il n'existe aucune communication vasculaire entre l'utérus et le placenta? que ce corps appliqué, plaqué, comme il le dit lui-même, à la surface utérine, au moyen de la membrane qui couvre et unit ses lobes, y puise des matériaux dont la nature est encore inconnue, mais susceptibles de se transformer en un sang accommodé à la délicatesse des organes du fœtus? Cette manière de voir n'a pas pour elle l'analogie, considération féconde; mais elle permet de considérer la nature des pertes utérines

comme analogue à celle des hémorrhagies qui se font à la surface des autres membranes muqueuses, ce qui rend la thérapeutique des pertes et plus rationnelle et plus sûre. Ici donc, comme dans l'estomac pour la gastrorrhagie, dans la vessie pour l'hématurie, dans la matrice elle-même pour la métrorrhagie, qui survient dans l'état de vacuité, le sang s'écoule par exhalation, et le plus souvent sous l'influence de cet effort hémorrhagique dont nous avons parlé, ou par l'effet d'une disposition individuelle que nous aurons soin de signaler. Dans cet état fluxionnaire, le sang, tendant à s'épancher dans la matrice, fait continuellement effort vers l'extérieur, transsude par une surface quelquefois très-étendue, ce qui explique l'abondance de quelques pertes; et, surmontant enfin les obstacles qu'il rencontre, détermine nécessairement le décollement d'un point quelconque du placenta. Ce décollement n'est donc qu'un effet secondaire, et les phénomènes primitifs sont, le plus souvent, ceux de cette congestion locale, de ce molimen hémorrhagique auquel M. *Desormeaux* d'abord, et après lui M. *Dugès* et madame *Lachapelle*, ont accordé une si grande importance dans la production de l'avortement.

On ne s'attend pas, dès-lors, à nous voir débiter ces mille causes reproduites par quelques auteurs à l'occasion de chaque maladie, mais qui n'en produisent nécessairement aucune.

Il n'est peut-être pas, dans le cours d'une grossesse, de circonstance insolite, d'événemens inattendus qu'on n'ait réputé causes d'hémorrhagies. Toutefois cela nous apprend que, dans presque tous les cas où une hémorrhagie paraît due à une circonstance éventuelle, celle-ci n'a fait que favoriser, développer l'action d'une prédisposition plus puissante. Si l'on admettait aveuglément l'étiologie de ces auteurs, il faudrait bien s'étonner de voir tant de femmes arriver sans accident au terme naturel de leur grossesse. Chacun cependant avoue que telle circonstance capable de produire une perte chez une femme serait impuissante chez une autre. *Mauriceau*, qui a vu naître des hémorrhagies sous l'influence la plus légère, cite aussi l'exemple de malheureuses qui, pour se soustraire aux embarras de la maternité,

ou prévenir l'éclat d'un accouchement à terme, se sont livrées aux excès les plus dangereux sans en être affectées. Ce qui nous conduit à tirer cette conséquence importante, qu'il existe chez les unes une prédisposition dont les autres sont exemptes.

Cette prédisposition peut être générale : on sait que la pléthore est un phénomène presque constant de la grossesse; le sang des femmes enceintes, même le mieux portantes, offre le caractère concrescible et couenneux qu'on observe dans les phlegmasies.

Elle peut aussi siéger exclusivement dans l'utérus; et, plaçant au second rang les causes accidentelles et nombreuses qui peuvent établir un point d'irritation sur cet organe, nous devons considérer la grossesse et les changemens organiques qu'elle fait subir à l'appareil génital comme les plus puissantes de toutes.

Dès que la matrice a reçu le nouvel être, les plus étonnans phénomènes surviennent dans toutes ses parties. Ses fibres, d'abord denses et presque pâles, se ramollissent et deviennent plus rouges; c'est une nouvelle structure, un nouveau mode de circulation et de sécrétion, en un mot, une nouvelle vie. Cet organe ne se développe et ne s'agrandit qu'en changeant, pour ainsi dire, de nature; une plus grande quantité de sang le traverse dans un instant donné; les liquides y affluent de toutes parts en vertu de cette loi déjà posée par Hippocrate, *ubi stimulus ibi fluxus.*

Il ne faut donc pas s'étonner que des causes qui, dans toute autre circonstance seraient restées sans effet, puissent à cette époque agir directement ou sympathiquement sur l'utérus, et produire des hémorrhagies avec une effrayante facilité.

*Cause spéciale.* Il est cependant une disposition anatomique, véritable cause occasionelle qui, lorsqu'elle existe, manque rarement de produire des pertes; elle consiste dans l'implantation du placenta sur l'orifice ou le col de la matrice.

Lorsqu'on pratique le toucher et qu'on pénètre dans le col, au lieu de membranes lisses et polies, comme dans l'état ordinaire, on

rencontre une substance molle et fongueuse, c'est-à-dire le placenta. Ce signe est assurément le plus certain de tous; mais lorsque l'hémorrhagie se manifeste dès le commencement du sixième mois, l'orifice utérin se trouve encore à peine dilaté, et l'introduction du doigt n'est pas toujours possible. Dans ce cas, le retour successif, irrégulier et sans cause appréciable de l'hémorrhagie, et l'abondance toujours croissante de cette dernière, sont les seules considérations capables d'en faire soupçonner la cause.

Dès long-temps les accoucheurs ont rencontré ce cas, mais ne paraissent pas, dit *Levret*, avoir été également convaincus de sa réalité, soit, ajoute le même auteur, que quelques-uns, par prévention pour le sentiment opposé, ne l'aient pas reconnu, quoiqu'il se soit présenté à eux; soit qu'ils n'aient pas prêté alors une attention suffisante pour s'assurer du fait; soit enfin qu'en décrivant leurs observations ils ne se soient pas expliqués assez clairement pour nous faire sentir qu'ils s'en sont assurés; mais il en est d'autres qui, plus heureux ou plus attentifs, en rapportent des observations nombreuses, et qui le décrivent de la manière la plus exacte. De nos jours, il est peu d'accoucheurs qui ne puissent mentionner des faits de ce genre. Si l'on en croit *Rigby*, *Smellie*, *Saxtorf*, *Ruth* et *Stark*, cités par *Hunter*, cette singulière disposition serait endémique dans certaines provinces; il en est même, madame *Boivin*, M. *Dugès*, madame *Lachapelle*, qui pensent que les pertes qui surviennent dans les trois derniers mois de la grossesse ne reconnaissent pas d'autre cause. Quoi qu'il en soit de cette opinion, qui nous paraît trop générale, toujours est-il que, lorsque cette insertion vicieuse du placenta existe, la perte est de l'essence de la grossesse. Il est rare, en effet, que la gestation parcoure ses périodes sans que les femmes n'aient à essuyer des pertes, qui s'annoncent plus tôt ou plus tard, jamais cependant avant l'époque où le col éprouve des changemens dans ses dimensions. Jusqu'à cinq ou six mois le col ne contribue qu'en très-petite proportion à la dilatation de l'utérus; et bien que le délivre soit appliqué sur son orifice, il n'en résulte aucun accident, parce que dans les premiers mois

de la grossesse l'accroissement du placenta est proportionnel ou à peu près aux progrès de la dilatation de la surface à laquelle il adhère ; mais à partir de cette époque, le col s'effaçant par degrés de haut en bas avec plus de rapidité que le placenta ne s'agrandit, il arrive que les adhérences de celui-ci se détruisent successivement, et que quelques-uns de ses vaisseaux qui correspondent à l'orifice, déchirés par suite du tiraillement auquel ils viennent d'être soumis, livrent passage à une quantité plus ou moins considérable de sang, toujours capable de compromettre la vie de l'enfant. Plus la grossesse avance, plus l'hémorrhagie devient abondante, les déchirures du placenta, qui y donnent lieu, devenant de jour en jour plus étendues. D'une autre part, le col utérin, tiraillé, parfois même déchiré, devient le siége d'une irritation plus ou moins vive, qui à elle seule suffirait sans doute pour produire une perte, et qui est, comme dans les autres cas, d'autant plus abondante que la femme se trouve dans des conditions de pléthore plus favorables à sa production.

*Hémorrhagies internes et externes.* Les accoucheurs distinguent les hémorrhagies en *externes* ou *apparentes*, et en *internes*, qu'ils appellent aussi *latentes* ou *cachées*. Dans les premières, le sang décolle l'œuf à mesure qu'il s'échappe de l'utérus, et se fraie graduellement une issue au dehors ; dans les secondes, ce fluide est retenu dans la cavité de l'utérus, et s'épanche, soit entre cet organe et l'œuf, dont il détruit les adhérences par degrés et d'une manière excentrique, soit dans l'intérieur même des membranes ; mais, dans ce dernier cas, le sang fourni par les vaisseaux du fœtus, et s'accumulant dans une cavité qui dépend du fœtus, mérite bien mieux, d'après M. le professeur *Desormeaux*, le nom d'*hémorrhagie fœtale*.

L'écoulement du sang au dehors constitue les premières ; ce phénomène est si manifeste, qu'il ne peut exister de difficulté pour en constater l'existence. Dès qu'il s'en est écoulé une assez grande quantité, le pouls perd de sa fréquence et devient moins résistant, les inspirations plus rares et plus profondes ; la face est pâle, les extrémités

sont froides; un sentiment de défaillance se fait sentir vers la région de l'estomac; à un degré plus considérable, vertiges, tintemens d'oreilles, sueurs froides, défaillances, syncopes, et quelquefois mouvemens convulsifs; la mort enfin, suite inévitable d'une perte trop abondante, survient, soit que les secondines aient conservé une partie de leurs adhérences, soit enfin que, dans ce désordre affreux, l'utérus ait chassé au dehors le fœtus et ses dépendances.

La perte interne, admise par tous les accoucheurs anciens, dont plusieurs citent des observations, admise aussi par un grand nombre de modernes, n'est pas également prouvée pour MM. *Dubois*, *Dugès* et *Velpeau*, et mesdames *Lachapelle* et *Boivin*.

Pour en admettre le mécanisme décrit par les anciens, on devrait supposer que le sang qui s'exhale de la surface utérine peut dilater la matrice, déjà chargée du produit de la conception, de manière à rendre cette dilatation subitement appréciable au travers des parois abdominales, au lieu de s'écouler au dehors, en suivant les mêmes voies que dans les cas de perte externe, ou de rompre les membranes de l'œuf, ordinairement si faibles, et de venir se mêler au liquide amniotique. Tout esprit impartial et non prévenu jugera de la valeur de cette supposition.

Cependant, si l'on admet que le placenta peut contracter par sa circonférence une adhésion contre-nature avec la matrice, comme *Albinus* en cite une observation, on n'aura pas de peine à comprendre que le sang puisse s'épancher en quantité variable entre le placenta et la partie correspondante de la matrice, et constituer ainsi une véritable hémorrhagie interne.

Hors ce cas, l'opinion de MM. *Desormeaux* et *Velpeau* nous paraît de nature à commander le doute; mais nous craignons aussi qu'après avoir lu les observations de *Baudelocque* le doute ne soit lui-même une erreur. Au reste, cette distinction des pertes sert plutôt à établir le diagnostic qu'à baser les indications thérapeutiques; car, si aux symptômes généraux de l'hémorrhagie externe se joignent le déve-

loppement anormal de l'utérus et de l'abdomen, on devra se comporter comme si l'hémorrhagie était réellement externe.

Nous ne pouvons terminer cet article sans nous étonner de l'accord avec lequel on regarde les hémorrhagies internes comme plus dangereuses que les hémorrhagies externes. Si l'on veut parler de la funeste sécurité dans laquelle peut rester l'accoucheur, nous répondrons que cela ne change rien à la nature de l'hémorrhagie, et que le danger n'est que relatif, puisque un accoucheur attentif saurait éviter cette erreur. Ne doit-on pas, d'ailleurs, espérer que le sang, n'étant plus agité par le mouvement circulatoire, et rencontrant un obstacle, formera là un caillot, bientôt un second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que ceux-ci, assez nombreux, viennent de proche en proche se plaquer contre les porosités qui fournissent le sang, et en arrêter le cours par un mécanisme qui ne diffère en rien de celui qui a lieu dans d'autres cavités, dont ils arrêtent les hémorrhagies par leur accumulation? Ne doit-on pas enfin s'étonner que ceux même qui regardent les pertes internes comme les plus dangereuses conseillent l'application du tampon dans les cas de perte externe? N'est-il pas évident que ce moyen les rend internes, d'externes qu'elles étaient, et devrait conséquemment exposer bien davantage les jours de la femme? Mais nous verrons que le tampon, employé par des mains habiles, peut devenir le seul moyen de salut.

*Delamotte*, *Levret* et *Baudelocque*, citent chacun une observation dans laquelle le cordon ombilical, altéré par une lésion organique, ou rompu par l'effet d'une violence quelconque, aurait donné lieu à une perte interne. Dans cette circonstance, le sang se trouvant contenu dans une poche complète, la perte ne pourrait être constatée qu'après la rupture des membranes, et au moment de l'écoulement des eaux.

Quelques accoucheurs ont peine à croire à la possibilité d'une semblable hémorrhagie. Sans partager leur répugnance à cet égard, nous pensons toutefois que les observations de *Delamotte*, *Levret* et *Baudelocque*, ne peuvent démontrer l'exactitude de l'opinion que ces accoucheurs ont voulu soutenir.

Un extrait de chacune de ces observations démontrera la vérité de ce que nous avançons.

« Je m'aperçus, dit *Delamotte*, dans sa 249e. observation, que le sang venait en abondance, ce qui me fit passer d'une apparente tranquillité dans une très-grande inquiétude par l'augmentation considérable de cette perte de sang, qui devenait plus forte à chaque douleur que la femme souffrait. Je ne pouvais pas douter que le détachement d'une considérable partie du placenta ne produisît ce mauvais effet..... L'enfant, qui était très-faible, était une fille qui avait trois tours du cordon autour du cou..... Je débarrassai l'enfant de ce cordon au moment qu'il fut sorti, et achevai de délivrer la mère, qui se trouva très-faible..... Je ne connus la véritable source de cet écoulement qu'après que l'enfant fut sorti; quand je le débarrassai de son cordon qu'il avait autour du cou, c'est alors que la chose me parut évidente. L'ouverture de ce vaisseau me parut comme une excoriation qu'avait souffert une de ces espèces de nœuds qui se trouvent souvent à la veine ombilicale qui fait partie du cordon, au travers de laquelle le sang passait visiblement par transsudation plutôt que par ruption. » (*Delamotte*, 249e. obs.)

« Enfin, dit *Levret*, dans sa 35e. observation, la malade et son pouls s'affaiblissant, je décidai affirmativement qu'il fallait sans aucun délai l'accoucher pour lui sauver la vie, car, comme on l'a déjà vu, je ne comptais plus sur celle de son enfant..... Je parvins non sans peine à déclaver et à faire sortir la tête de l'enfant, qui se présentait un peu obliquement..... Son volume (de la tête), qui était prodigieux, et sa consistance très-solide, me firent d'abord croire qu'ils avaient été le seul obstacle à sa sortie; mais l'ayant tirée à deux ou trois reprises, je m'aperçus que cet enfant avait autour du cou plusieurs tours de son cordon, qui l'avait étranglé. En effet, la tête était toute violette..... Ma surprise fut des plus grandes quand je reconnus que c'était le cordon ombilical qui s'était déchiré..... L'opération faite, la malade reprit ses forces, son pouls se ranima, etc..... On reconnaît évidemment, continue

*Levret*, que la malade était dans un danger imminent de perdre la vie, si je ne me fusse pas décidé à la secourir promptement..... » (*Levret*, obs. 35e., p. 199, édition 4e.)

Enfin *Baudelocque*, dans son observation, qui ne peut démontrer qu'une perte ordinaire, termine en disant : « Nous vîmes clairement, le médecin et moi, que le tronc de la veine était rompu depuis quelque temps, que son extrémité était bouchée par un caillot, et que les artères paraissaient déchirées plus récemment, ainsi qu'une très-petite branche veineuse..... L'enfant était vivant, mais faible et décoloré; on le conserva : il avait deux circulaires de cordon autour du cou..... Nous évaluâmes la quantité de caillots qu'elle rendit (la femme) avant l'accouchement et en deux fois à ce que pouvait en contenir la forme de deux chapeaux ordinaires. Jamais je ne vis perdre autant de sang sans y succomber à l'instant. » (*Baudelocque*, nouv. édit,, t. 1er., p. 488.)

Peut-on, après cet exposé, douter que le sang soit venu de la matrice? Comment supposer, en effet, que le sang qui s'écoulerait de la tige ombilicale put être assez abondant pour compromettre l'existence d'une femme sans foudroyer premièrement son enfant? Dans l'observation citée par *Levret*, l'enfant était mort, il est vrai; mais on l'avait extrait à l'aide du forceps, et plusieurs tours du cordon comprimaient tellement le cou, que la face était toute violette. Ne pourrait-on pas d'ailleurs expliquer la rupture du cordon dans les cas cités par *Levret* et *Baudelocque*, en ayant égard aux tiraillemens que cette tige a dû éprouver lors des tractions inévitables dans un accouchement forcé? Cette supposition nous paraît d'autant plus fondée que le cordon formait, dans les deux cas, quelques circulaires autour du cou de l'enfant.

Quant à l'altération organique rencontrée par *Delamotte*, nous ne savons jusqu'à quel point on pourrait admettre l'existence d'une hémorrhagie abondante qui se ferait par une ouverture comparable à une excoriation, et d'où le sang fluerait plutôt par transsudation que par ruption.

Quoi qu'il en soit, nous répéterons, avec le célèbre *Baudelocque*,

que, lors même qu'on ne trouverait aucun fait de cette espèce dans les auteurs, le témoignage de nos sens nous suffirait pour assurer que le cordon peut se rompre ou se déchirer partiellement avant la naissance de l'enfant, et verser beaucoup de sang dans la cavité des membranes. Hâtons-nous toutefois d'ajouter que les faits sur lesquels on se fonde pour démontrer l'existence de ces hémorrhagies ne sont pas concluans. Au reste, leurs effets ne devant porter que sur le fœtus, on sent combien seraient équivoques les signes propres à nous faire soupçonner qu'elles ont lieu.

*Traitement.* Les hémorrhagies utérines constituent assurément l'accident le plus redoutable qui puisse survenir dans le cours d'une grossesse, tant pour la mère, qu'elles exposent à perdre la vie, que pour le fœtus, qui est souvent expulsé avant d'avoir acquis tous les attributs d'une existence individuelle. On peut, à cet égard, établir que plus la grossesse est avancée, plus la mère est en danger de perdre la vie. La proposition contraire est applicable au fœtus. La raison de ce fait nous paraît facile à saisir; et, lors même que l'expérience ne l'aurait pas encore confirmé, la théorie nous en aurait suffisamment convaincu. Dans les premiers temps, le fœtus n'a pas acquis un degré suffisant de maturité pour vivre au-dehors, tandis qu'à la fin de la grossesse la matrice est plus développée et ses vaisseaux plus dilatés. Le sang qui y afflue étant plus abondant, il doit s'en écouler une plus grande quantité dans un instant donné.

Cependant l'abondance et la durée seules de son écoulement en font un accident redoutable. Cette proposition, toutefois, n'est pas exclusive, et, de même que dans toutes les vérités que la médecine reconnaît, il faut ici tenir compte de quelques circonstances dont la pratique nous révèle l'importance. Ainsi, les femmes jeunes, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, vivant dans la bonne chère et l'oisiveté, pourront supporter sans en être sensiblement incommodées une hémorrhagie qui serait funeste à bien d'autres femmes placées dans des conditions opposées. C'est donc par l'abondance relative des pertes, et par l'effet qui en résulte sur l'économie, que l'ac-

coucheur doit principalement en mesurer le danger. Quoique la grossesse prédispose éminemment aux hémorrhagies que leur nature a fait nommer *actives*, nous ne saurions omettre ici celles auxquelles des circonstances nombreuses impriment un autre caractère.

Dans les premières, le sang s'écoule ordinairement avec rapidité; il est rouge, vermeil, et se coagule promptement. Les sujets qui les éprouvent, ordinairement pléthoriques, voient souvent les symptômes de la congestion se dissiper par le seul fait de l'écoulement d'une certaine quantité de sang; mais chez les femmes faibles par leur constitution ou affaiblies par des privations, des veilles prolongées, des fatigues excessives, des affections morales tristes, ou enfin par des évacuations trop abondantes ou trop répétées, le sang est séreux, non coagulable et noirâtre. La malade, loin d'être soulagée par un léger écoulement, devient pâle; son corps se refroidit; sa faiblesse augmente sensiblement, et reste plus profonde qu'avant l'hémorrhagie.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que les pertes appartiennent nécessairement à l'un ou à l'autre de ces deux ordres, qu'elles soient toujours ou actives ou passives. Souvent l'écoulement sanguin n'est accompagné ni d'augmentation, ni de diminution des forces générales; il peut n'être annoncé par aucun phénomène précurseur, n'être suivi ni d'un mieux sensible, ni d'un affaiblissement notable, à moins que sa quantité ne devienne trop abondante. Outre ces dispositions natives ou acquises, il en est une que les femmes tiennent de leur sexe même. On sait que la plupart d'entre elles sont essentiellement nerveuses, ce qui imprime à leurs maladies un cachet particulier dont leur idiosyncrasie nous donne la raison. Ces considérations méritent la plus sérieuse attention, et nous apprennent que lorsque des pertes frappent des femmes diversement constituées, on ne peut employer pour toutes une seule et même médication.

Nous pensons aussi que pour administrer un traitement vraiment rationnel on doit avoir égard aux circonstances qui en amènent parfois la cessation, afin d'imiter dans les moyens thérapeutiques les pro-

cédés que la nature emploie pour soustraire la femme à la mort qui la menace.

Toutes les fois que la cessation d'une hémorrhagie a lieu spontanément, on doit admettre les trois modes de terminaison suivans : 1°. le sang coule, et la femme, loin d'éprouver les accidens funestes des pertes excessives, se trouve, au contraire, soulagée par celle qu'elle vient d'éprouver; la gêne dont elle avait la conscience vers l'utérus se dissipe; le mouvement fluxionnaire dont cet organe était le siége est suspendu; et l'écoulement sanguin, qui, s'il eût été plus abondant, aurait compromis l'existence de la femme, devient, au contraire, le remède du mal dont il faisait l'essence. Dans ce cas, la source du sang a pu se trouver hors des limites du placenta; dès-lors point de danger pour le fœtus : ou bien le sang venant de la partie de l'utérus qui correspond au placenta a pu décoller en partie ce dernier, sans toutefois porter atteinte à ses fonctions. 2°. D'autres fois le sang, trouvant un obstacle à son écoulement facile, s'accumule, et forme un caillot qui s'oppose à l'issue ultérieure du sang. 3°. Enfin, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'œuf est décollé, l'utérus se contracte, et l'avortement en est la suite inévitable.

C'est sur l'existence de ces trois modes naturels de terminaison que sont fondés les moyens thérapeutiques de l'affection qui nous occupe.

La saignée seule ou associée à quelques moyens secondaires maintiendra le premier dans les bornes compatibles avec la santé; le tamponnement favorisera le second; on imitera le troisième par la dilatation du col utérin et la déchirure des membranes, ou par l'accouchement forcé.

Dès qu'une hémorrhagie a lieu, à quelque époque de la grossesse qu'elle se déclare, qu'elle soit légère ou abondante, le médecin doit prendre certaines précautions, applicables sans doute à bien d'autres cas, mais dont l'indication est ici rigoureuse. Ainsi, on placera la femme dans une position horizontale et de manière que le bassin soit un peu plus élevé que le tronc; on la débarrassera des vêtemens qui pourraient comprimer les parties et retenir le sang dans les organes

de la cavité pelvienne. Son appartement doit être vaste, frais, peu éclairé, et, s'il se peut, éloigné de toute espèce de bruit. On prescrira le silence et le repos; on administrera des boissons froides et acidulées, et on recommandera la diète la plus sévère. Si la malade éprouve le besoin d'uriner ou d'aller à la selle, on lui évitera les efforts que nécessitent ces excrétions en pratiquant le cathétérisme, et en lui faisant administrer des lavemens : ces derniers doivent être assez fréquemment répétés, afin de prévenir l'accumulation des matières, qui, par leur présence, s'opposeraient à la circulation veineuse. L'emploi des purgatifs, quelque doux qu'on les suppose, doit être proscrit; outre que ces médicamens ne peuvent agir dans l'instant même, ils excitent dans le tube intestinal une irritation toujours nuisible, à cause du voisinage de la matrice.

Si, par l'emploi de ces divers moyens, l'écoulement sanguin n'a pu être modéré, l'accoucheur serait répréhensible de rester paisible spectateur, et doit avoir recours à des agens plus efficaces, dont l'état de la femme lui indiquera la nature.

L'hémorrhagie est-elle abondante, s'accompagne-t-elle de symptômes locaux et généraux très-prononcés; la femme est-elle jeune, pléthorique, on pratiquera une saignée.

Celle-ci diminuant la masse du sang, opère en même temps une dérivation subite, appelle ce liquide loin de la matrice, et suspend le mouvement fluxionnaire dont cet organe est le siége.

Les accoucheurs regardent généralement la saignée du pied comme contraire au but qu'on se propose, en la pratiquant contre l'affection qui nous occupe. *Levret* a combattu cette opinion, devenue vulgaire; de son côté, *Mauriceau* a vu pratiquer, tant aux bras qu'aux malléoles, quarante-huit et même quatre-vingt-dix saignées, sans que la grossesse ait été troublée dans sa marche.

Malgré l'autorité de ces grands maîtres, et en nous rappelant l'efficacité de la saignée du pied dans certains cas de suppression menstruelle, nous n'oserions la conseiller dans le but d'arrêter la métrorrhagie : c'est donc sur la saignée du bras qu'on doit le plus sûrement

compter. Pour produire un effet révulsif plus assuré, *Rivière* conseille de ne laisser couler le sang que lentement et à plusieurs reprises, en tenant le pouce appliqué sur l'ouverture de la veine. Ce procédé est rarement employé; cependant M. *Desormeaux* nous assure que l'expérience a semblé confirmer l'utilité de ce précepte.

Quoique dans la majorité des cas la pléthore soit générale, il ne faut pas oublier que chez les femmes naturellement faibles, la grossesse, en appelant les mouvemens vitaux vers l'utérus, détermine dans cette partie une pléthore tout à fait locale; dans ce cas, la saignée générale aurait l'inconvénient d'affaiblir la malade sans diminuer sensiblement la pléthore utérine; aussi préférons-nous à ce moyen l'application de sangsues faite au-dessus du pubis.

Nous ne pouvons établir ici ni le nombre des saignées, ni la quantité de sang à évacuer par chacune d'elles. L'accoucheur sera guidé par l'intensité de l'hémorrhagie et par la force de la malade.

Il ne suffit pas toujours que la masse du sang ait été diminuée, que le molimen hémorrhagique ait été affaibli; les liquides ayant reçu une impulsion vers la matrice tendent sans cesse à se porter vers ce lieu : dès-lors les révulsifs peuvent seuls achever une cure si bien commencée par la saignée, et qu'on ne pourrait obtenir sans elle.

*Hippocrate*, se fondant sur les relations sympathiques qui lient l'utérus et les mamelles, conseille l'application de larges ventouses sur ces derniers organes. On peut citer en faveur de ce précepte les effets avantageux que l'on obtient de la succion des mamelles pour prévenir l'engorgement et l'inflammation de la matrice à la suite des couches, et modérer les lochies trop abondantes. Il n'est pas, d'ailleurs, difficile de concevoir que le point irrité des mamelles devient un nouveau centre de fluxion, qui, attirant vers ces organes une partie du sang qui se porte vers l'utérus, peut sinon arrêter la perte, du moins en modérer l'abondance.

Tous les praticiens cependant ne se contentent pas de cette explication, et quelques-uns, avec *Pasta*, se fondant aussi sur la même corrélation sympathique, craignent que l'irritation provoquée sur les

mamelles ne se répète sur l'utérus, et ne tende ainsi à augmenter l'hémorrhagie. Nul doute que, dans quelques circonstances, cette nouvelle explication et ces craintes n'aient été justifiées; nul doute aussi qu'on n'aie obtenu d'excellens effets de ce moyen; aussi ne balancerions-nous pas à l'employer, en nous réservant la faculté d'y renoncer si les premières tentatives venaient détruire notre espérance.

On pourrait cependant, pour obvier à cet inconvénient, placer les ventouses sur une autre partie voisine de la matrice : nous pensons que si on les appliquait à la région lombaire on obtiendrait des effets tout aussi certains, sans avoir à redouter une réaction sympathique.

M. *Lordat* conseille l'immersion des mains dans l'eau chaude; M. *Desormeaux* a constaté l'efficacité de ce moyen; M. *Velpeau* a retiré de bons effets de l'application d'un large sinapisme à la région lombaire. On a aussi préconisé les vésicatoires, les rubéfians; tous ces moyens agissent de la même manière, et offrent une ressource utile.

Si ces moyens ne suffisent pas, on applique des linges trempés dans l'eau et le vinaigre froids sur l'hypogastre et la partie interne des cuisses; on peut même, pour agir plus directement, faire administrer des lavemens d'eau froide. On pourrait aussi, avec le même liquide, faire des injections dans le vagin, en évitant de diriger le jet vers le col, afin de ne pas détruire les caillots qui se seraient formés à son orifice.

On a aussi recommandé les aspersions abondantes, les bains de siége et les bains entiers froids. Plusieurs praticiens rejettent cette pratique comme pouvant déterminer plusieurs maladies : assurément ce roproche est fondé; mais si l'on songe que ces moyens héroïques ne doivent être employés que dans les cas extrêmes, et où tous les autres sont restés sans succès, on serait blâmable d'abandonner la femme à un péril certain dans la crainte d'accidens incertains, et qu'on pourrait, au reste, combattre s'ils se déclaraient par la suite.

Toutes les femmes ne se trouvent pas dans les conditions de pléthore que nous venons de supposer : plusieurs sont naturellement

faibles, cachectiques; chez d'autres, des pertes abondantes et répétées, un régime débilitant, le vice scorbutique ont imprimé à tout le système un état de faiblesse et d'atonie tel, que les vaisseaux ne peuvent résister à l'abord du sang, ni repousser celui qu'ils contiennent déjà. La saignée, utile dans le premier cas, ne saurait convenir dans celui-ci; la soustraction même d'une faible quantité de sang ne serait propre qu'à hâter le moment fatal. La première indication est celle de s'opposer à tout écoulement ultérieur. Les révulsifs et les réfrigérans externes trouvent encore ici leur indication; mais les toniques et les astringens sont spécialement indiqués; ainsi on relevera les forces de la malade par une alimentation analeptique et succulente, et on combattra directement l'hémorrhagie par les injections astringentes faites dans le rectum et le vagin. C'est ici principalement que les moyens propres à empêcher les liquides d'aborder l'utérus trouveraient une juste application : les anciens ont dès long-temps proposé, pour atteindre ce but, la ligature des membres; *Galien* la plaçait aux membres supérieurs; *Aétius, Paul d'Ægine,* la pratiquaient à la fois aux membres thoraciques et abdominaux. Ce n'est pas sans étonnement que nous voyons *Smellie* donner ce conseil, car ces ligatures, loin d'être utiles, seraient évidemment dangereuses, puisque l'obstacle qu'elles opposent au cours du sang dans les artères, forçant ce liquide à refluer dans les grandes cavités, ne pourrait manquer de rendre les pertes plus intenses. Ce moyen, au reste, a servi à *Hamilton*, d'Édimbourg, pour rappeler un écoulement menstruel suspendu depuis long-temps.

C'est, enfin, chez les femmes d'une constitution irritable, qui se laissent émouvoir par la cause la plus légère, chez lesquelles la prédominance du système nerveux coïncide avec une faiblesse extrême du système musculaire, que les antispasmodiques unis aux toniques ont produit de bons effets. Chez ces femmes, la saignée, en augmentant la faiblesse générale, donnerait plus d'intensité à l'état de spasme qui entretient l'accident. Mais cet état de spasme peut aussi s'allier à la prédominance vasculaire : c'est ce qui arrive à celles qui, originel-

lement nerveuses et délicates, passent leur vie dans la bonne chère et l'oisiveté; chez elles, les narcotiques et la saignée formeront la base du traitement. Il s'en faut donc que les femmes présentent toujours des conditions bien évidentes et isolées de constitution pléthorique, lymphatique et nerveuse : ces prédominances s'allient fréquemment entre elles; aussi doit-on, dans les hémorrhagies utérines, adopter telle médication, rejeter telle autre, les combiner toutes, enfin, suivant l'indication et l'urgence des cas.

Mais si, malgré l'emploi de ces divers moyens, l'hémorrhagie augmente d'intensité ; si la femme éprouve des faiblesses, des syncopes, de légers mouvemens convulsifs, il n'en faut plus douter, la nature est impuissante, et l'accoucheur doit aussitôt opposer une digue à l'écoulement sanguin. Dans ce but, les anciens conseillaient d'introduire dans le vagin des tentes de linge ou de toute autre substance, qui, par leur action mécanique, devaient retenir le sang et favoriser sa coagulation : cette méthode de traitement, déjà mentionnée par *P. Portal, Louise Bourgeois,* employée avec succès par *Hoffmann*, *Smellie,* a surtout été préconisée par *Leroux*, sous le nom de *tamponnement.*

Tous les accoucheurs cependant ne partagent pas l'enthousiasme du chirurgien de Dijon; et, tombant dans un excès contraire, regardent le tampon comme un moyen dangereux, que la pratique ne saurait avouer. Nous ne pouvons nous en dissimuler les inconvéniens; mais nous n'oserions frapper de proscription une ressource qu'on ne saurait, dans quelques circonstances, remplacer par un autre moyen. Ne pouvant suivre ici ces auteurs dans leurs discussions, nous nous contenterons d'indiquer la manière de l'employer, et les cas dans lesquels son application peut être utile; car le succès d'une opération dépend principalement de la connaissance de l'opportunité, de la connaissance de l'indication.

*Leroux* employait plusieurs lambeaux de linge, ou des étoupes imbibées de vinaigre pur. La méthode la plus simple et la plus avantageuse est celle qu'adopte M. *Desormeaux :* on porte jusqu'au fond du vagin le milieu d'un linge fin, et on remplit cette espèce de sac avec

de la charpie, des étoupes, ou avec toute autre matière. Les liquides astringens ou styptiques, dans lesquels les anciens trempaient les tampons, sont au moins inutiles, car les caillots, s'interposant, en rendent l'action pharmaceutique tout à fait illusoire : on doit cependant étendre sur le premier linge une couche de cérat ou de tout autre corps gras, mais seulement pour en faciliter l'introduction, et on assujettit le tout au moyen d'un bandage approprié.

La manière d'agir du tampon diffère suivant que l'hémorrhagie vient de la surface interne de l'utérus ou bien de son col seulement, comme cela a lieu dans les cas d'insertion vicieuse du placenta sur cette partie.

Dans le premier cas, le sang, arrivant à l'obstacle, s'arrête et se coagule; un caillot se forme, puis un second, puis un troisième, ainsi de suite, de manière à boucher les pores qui livrent passage au sang : voilà le but qu'on se propose. Mais si la femme touche au terme de sa grossesse, on doit craindre que l'utérus, ayant acquis toutes ses propriétés contractiles, stimulé d'ailleurs par la présence des caillots et du tampon lui-même, n'entre en contraction et ne chasse aussitôt le sang, le fœtus et le tampon. Dans les premiers mois de la grossesse, au contraire, on devra peu redouter cet accident, car les parois de l'utérus sont très-résistantes et leur propriété contractile à peine développée. On peut donc établir en proposition générale, que le tamponnement est d'autant moins dangereux et constitue une ressource d'autant plus précieuse que la grossesse est moins avancée, ou que la résistance de l'utérus est plus grande.

Dans les pertes qui ont pour cause l'attache du placenta sur le col de la matrice, on obtient du tampon les plus grands avantages; pouvant être porté sur l'orifice de ce viscère et même dans son intérieur, lorsqu'il est déjà ouvert, il ferme toute issue au sang sans occasioner l'épanchement dans l'organe utérin. Si, dès que la perte commence, on lui oppose une digue, on favorisera certainement la formation d'un caillot, qui, pressé entre le tampon et le placenta, pourra contracter des adhérences avec ce dernier, de manière à ne

former qu'un seul corps avec lui. Les parties ainsi disposées s'opposent, jusqu'à un certain point, à une nouvelle effusion de sang; la grossesse, pendant ce temps, parcourra ses périodes, avantage inappréciable pour le succès de l'accouchement et pour la vie de l'enfant.

Si on a été assez heureux pour conserver la grossesse, le travail se déclare à l'époque ordinaire, le col de l'utérus, dilaté brusquement, déchire une grande quantité de vaisseaux placentaires et le tampon peut encore être utile; en s'opposant à la sortie du sang, il ménage les forces de la nature, et lui donne le temps de les réparer si elles sont affaiblies.

Le tampon ne jouit donc pas seulement du précieux avantage de conduire quelques grossesses à leur terme ordinaire; il favorise, en outre, le travail dans l'ordre le plus naturel qu'on puisse désirer. En s'opposant à l'effusion du sang, il réveille la force contractile de la matrice, le travail s'opère, le col se dilate, et l'accoucheur peut facilement extraire le fœtus s'il craint que la nature, abandonnée à elle-même, ne demeure impuissante.

Dès-lors la matrice, ne contenant plus le produit de la conception, se contracte plus fortement, comprime les vaisseaux utérins, ferme toute issue au sang, et la femme est sauvée.

Frappés d'une terminaison si heureuse, *Delamotte* et *Mauriceau*, entre autres, donnaient pour règle générale, que plus tôt la matrice serait vidée, plus tôt l'hémorrhagie serait arrêtée; mais de même que pour le tampon, le succès de l'accouchement forcé dépend de l'opportunité de son exécution. Les accidens qu'il entraîne sont d'autant plus nombreux que le terme de la grossesse est plus éloigné. La force que l'on est obligé d'employer pour dilater le col de l'utérus, et pénétrer dans son intérieur, est un acte de violence que l'on ne fait point subir impunément à des parties aussi sensibles. D'ailleurs d'autant moins affoibli que le terme de la gestation est plus éloigné, le col conserve encore toute son épaisseur, jouit de toute son énergie, ne cède que pour un instant à la force qui le dilate, et, revenant bien-

tôt sur lui-même, apporte dans la manœuvre des difficultés quelquefois insurmontables. Plus tard, sans doute, la matrice, mieux disposée, concourt puissamment au succès de l'opération. Mais n'arrive-t-il pas aussi que, privée subitement de tout soutien intérieur, elle tombe dans un affaissement profond et dans une insensibilité d'où les stimulans les plus énergiques ne peuvent souvent la retirer? Ses vaisseaux conservant le même diamètre, la même direction, n'étant point oblitérés par les contractions utérines, et recevant d'ailleurs la même quantité de sang, laissent à l'hémorrhagie et sa vitesse et son abondance.

L'accouchement forcé est donc une opération dont les dangers sont nombreux, et à laquelle on ne doit recourir qu'à la dernière extrémité. Avant de le pratiquer, on doit se conformer aux sages préceptes de *Puzos*. Sa méthode, plus rationelle et plus douce, réunit, comme il le dit lui-même, les avantages de l'accouchement naturel à ceux de l'accouchement forcé. Cet accoucheur conseille de porter de temps en temps un ou plusieurs doigts dans l'orifice pour en écarter graduellement les bords, et de pratiquer en même temps des frictions sur le bas-ventre. Bientôt les douleurs se font sentir et la poche amniotique se forme. Si la perte continue, on déchire la poche, les eaux s'écoulent, la matrice se resserre sur le corps de l'enfant qu'elle embrasse étroitement; les vaisseaux utérins sont comprimés, et l'accouchement peut souvent être confié aux seuls efforts de la nature. Enfin, si après la rupture des membranes le sang coule encore, la méthode de *Puzos*, restée insuffisante, aura favorisé l'exécution de l'accouchement forcé. On dilatera donc de plus en plus, et l'on terminera l'accouchement, soit en allant à la recherche des pieds du fœtus, soit en saisissant sa tête avec le forceps, si la disposition des parties le permet. Pour obvier, autant que possible, aux accidens qu'entraîne l'extraction trop prompte du fœtus, l'accoucheur devra partager avec la nature les frais du travail, en agissant par des efforts modérés sur le tronc de l'enfant, et sollicitant vivement et sans relâche l'action de la matrice, et en forçant, pour ainsi dire, cet organe à se resser-

rer en proportion du vide qui s'opère dans son intérieur par la sortie de l'enfant.

La méthode de *Puzos* ne saurait pourtant convenir dans tous les cas. Il est inutile de dire que si la perte est intense, le moindre délai pouvant devenir fatal, on doit s'empresser de terminer l'accouchement. Ce serait en vain qu'on pratiquerait cette méthode dans les cas d'insertion du placenta sur le col utérin. La disposition des parties permettra toujours au sang de s'écouler au-dehors, malgré le resserrement de la matrice, et l'on ne pourrait sans danger pour la mère, et surtout pour l'enfant, confier à la nature la terminaison de l'accouchement.

Quelques praticiens conseillent de porter un ou deux doigts dans l'orifice et de chercher le point d'où les membranes se sont décollées. C'est, d'après eux, cet endroit qu'il faut choisir pour opérer un décollement plus étendu, afin que l'introduction de la main devienne plus facile; mais cette recherche ne pouvant se faire sans tâtonnemens, expose à des longueurs toujours nuisibles dans les cas pressans.

D'autres ont conseillé, pour pénétrer dans l'utérus, de perforer le placenta dans le point qui correspond à l'orifice; mais en se conformant à ce précepte on compromet évidemment la vie de l'enfant, puisqu'en traversant le délivre la main ne peut manquer de déchirer quelques racines du cordon ombilical. En outre, le fœtus, en descendant à travers la masse spongieuse qui se trouve à l'orifice, peut la décoller entièrement et l'entraîner avec les épaules, ce qui rendrait nécessairement l'accouchement plus difficile.

Une seule circonstance pourrait toutefois autoriser à se comporter ainsi : ce serait l'impossibilité absolue d'opérer le décollement d'un point quelconque du placenta.

La méthode de M. *Dubois*, celle qu'adopte M. *Velpeau*, nous paraît sous tous les rapports devoir être préférée. Sans tenir compte de la proximité ou de l'éloignement des bords du placenta, on décolle cet organe en avant et à droite de la femme, si c'est la main gauche qui

agit, et à gauche, si c'est avec la main droite qu'on opère. Bientôt on rencontre les membranes; on les perfore. Si les pieds du fœtus se trouvent aux environs du détroit, on les saisit; on applique le forceps, si la tête se présente. Dans les deux cas, on doit apporter dans l'opération la plus grande promptitude; car le placenta, décollé, dilacéré même dans une partie quelquefois très-grande de son étendue, ne peut plus remplir ses fonctions, et la mort du fœtus est imminente.

L'accouchement terminé, toute l'attention du médecin doit se diriger vers la matrice. Les pertes affaiblissent cet organe, le jettent dans l'épuisement, lui impriment une atonie dont les suites sont parfois déplorables. Ranimer son action, l'exciter, la soutenir, telles sont les indications : les stimulans directs, les frictions pratiquées sur la région hypogastrique concourront à ce but, etc..... Mais n'oublions pas que nous ne devons parler ici que des *hémorrhagies utérines qui surviennent pendant le cours de la grossesse.*

FIN.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

## I.

Quo in morbo somnus laborem facit, lethale; si verò somnus juvet, non est lethale. *Sect.* 2, *aph.* 1.

## II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Ibid.*, *aph.* 2.

## III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

## IV.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod supra naturæ modum fuerit. *Ibid.*, *aph.* 4.

## V.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

## VI.

Quicumque aliquâ corporis parte dolentes dolorem ferè non sentiunt, iis mens ægrotat. *Ibid.*, *aph.* 6.